

「高崎市運転免許証自主返納者等サポート制度」協賛申込書

令和 年 月 日

高崎市地域交通課 行き (FAX 027-328-8990)

太枠欄は高崎市ホームページで公開します。(公開希望 する ・ しない)

1 申込者

業者区分	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 飲食 <input type="checkbox"/> 遊び・学び <input type="checkbox"/> 理・美容 <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> その他 ()
店舗等の名称 (フリガナ)	
代表者名	
所在地	〒
担当者部署・氏名	
電話番号	— —
FAX番号	— —
電子メールアドレス (携帯以外)	
営業時間	時 分 ~ 時 分 (24時間表示)
定休日	
ホームページURL	http://

2 特典内容

「運転経歴証明書」を持参した高齢者に対する特典を記入してください。

3 お店のPR等

※代表者名・担当者名・電子メール・FAX番号は、市からの連絡に用い、公開はしません。